



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Laysa Campagnaro Freitas

**Implicações do consumo de drogas abusivas para o binômio
mãe-feto: plano de intervenção na Unidade de Saúde da Família
“Dr Manoel Rocha Coutinho” de Vitória-ES**

Rio de Janeiro

2015

Laysa Campagnaro Freitas

**Implicações do consumo de drogas abusivas para o binômio
mãe-feto: plano de intervenção na Unidade de Saúde da Família
“Dr Manoel Rocha Coutinho” de Vitória-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Aberta do
SUS, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família.

Orientador: Dra. Karen André Oliveira Xavier

Rio de Janeiro

2015

A meus familiares – pedra basilar de
minha existência – que me amam,
acarinham e iluminam meus dias.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Características encontradas em crianças exposta ao álcool no útero | 14 |
| Figura 1 – Recém-nascido com características da SAF | 14 |
| Quadro 2 – Defeitos de nascimento relacionados ao álcool | 15 |
| Figura 2 – Regiões administrativas de Vitória | 24 |
| Figura 3 – Fachada da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho” | 25 |
| Figuras 4 e 5 – Recepção e sala de atendimento a gestantes da USF “Dr. Manoel R. Cotinho” | 25 |
| Figura 6 – Auditório da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho” | 26 |
| Figura 7 – Vista do bairro Ilha do Príncipe | 27 |
| Quadro 3 – Recursos necessários | 29 |
| Quadro 4 – Cronograma de execução | 30 |

RESUMO

A gestação constitui um momento especial na vida da mulher e requer cuidados e boa alimentação de forma a suprir as carências alimentares do ser em formação. Daí a importância dos cuidados e necessidades do cultivo de bons hábitos de vida, assim como ser imprescindível se evitar o uso de drogas durante e, até, antes da gestação. Contudo, nas últimas décadas, assiste-se a um aumento progressivo do número de uso de substâncias psicoativas usadas por gestantes e pesquisas têm indicado elevação progressiva e alarmante no consumo de tabaco, álcool, maconha e outras drogas no período gestacional. Consoante esse cenário e considerando os efeitos e conseqüências do uso abusivo de drogas, não somente para o indivíduo e seus familiares, mas para o feto, no caso de mulheres em estado gravídico-puerperal, é que se optou pela implementação de um Plano de Intervenção (PI) voltado, sobretudo, para a população jovem e famílias que compõem a clientela da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho”, localizado no bairro Ilha do Príncipe, Vitória-ES, visando conscientizar quanto às graves conseqüências que podem advir do uso de drogas para o binômio mãe-feto, assim como para os familiares e sociedade em geral. Metodologicamente, o trabalho envolveu dois campos inter-relacionados de investigação: pesquisa bibliográfica, base de dados LILacs e Pubmed, e pesquisa de campo em nível documental e empírico.

Descritores: Drogas; Gestação; Implicações mãe-feto.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--------------------------------------|----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 06 |
| 1.1 | Situação Problema | 07 |
| 1.2 | Justificativa | 07 |
| 1.3 | Objetivos | 08 |
| | Objetivo Geral | 08 |
| | Objetivo Específico | 08 |
| 2. | REVISÃO DE LITERATURA | 10 |
| 2.1 | Considerações iniciais | 10 |
| 2.2 | Uso do álcool no período gestacional | 12 |
| 2.3 | Consumo da cocaína na gravidez | 16 |
| 2.4 | A gestante e o uso da maconha | 18 |
| 2.5 | Tabaco | 20 |
| 2.6 | <i>Crack</i> na gestação | 21 |
| 3. | METODOLOGIA | 24 |
| 3.1 | Desenho da operação | 24 |
| 3.2 | Público-alvo | 28 |
| 3.3 | Parcerias estabelecidas | 28 |
| 3.4 | Recursos necessários | 29 |
| 3.5 | Orçamento | 29 |
| 3.6 | Cronograma de execução | 30 |
| 3.7 | Resultados esperados | 31 |
| 3.8 | Avaliação | 31 |
| 4. | CONCLUSÃO | 33 |
| | REFERÊNCIAS | 35 |

1. INTRODUÇÃO

A gestação constitui um momento especial na vida de uma mulher, pois sua descoberta, seja ela planejada ou inesperada, é a celebração da vida e requer cuidados antes mesmo de o bebê nascer. Mas independente de ser um momento mágico, a mãe deve conscientizar-se da importância e do papel fundamental que exercerá sobre a formação do ser¹ alojado em seu ventre.

No passado, a gravidez era cercada de excessivos cuidados, sendo tratada e percebida pela maioria das pessoas como uma doença. Hoje, com novos estudos e avanços, a mulher gestante pode ter uma vida normal até o dia do parto, porque, na verdade, o estar grávida configura um evento natural e de continuidade de vida humana garantidora da sobrevivência da humanidade, muito embora envolva “ajustes consideráveis físicos e psicológicos para a mãe” (RICCI, 2008, p.202)

Diante do reconhecimento que dará à luz uma criança, deverá a mulher redobrar cuidados com sua alimentação de forma a suprir as carências alimentares do ser em formação, assim como evitar a ingestão de álcool ou de outras drogas em virtude de o bem estar físico e emocional ser fundamental para que se tenha uma gestação tranquila e saudável que propicie benefícios para a gestante e seu bebê.

Isso porque – como é notório – os nutrientes necessários ao desenvolvimento do embrião e, posteriormente, do feto², são repassados pela mãe através do cordão umbilical – a circulação materno-fetal – “do sangue materno passam para o sangue fetal nutrientes e oxigênio, garantindo a nutrição e a respiração fetal” (MARCONDES & LAMMOGLIA, 1994, p.231).

¹ “Um dos pioneiros do estudo dos primeiros meses de vida das crianças, o inglês Alan Slater, pesquisador da Universidade de Exeter, conta que, ainda no útero, os bebês dormem, acordam, ouvem e sonham, abrem e fecham os olhos e reconhecem a voz da mãe. Seus sentidos reagem à luz e eles já começam a desenvolver o paladar” (MARCONDES & LAMMOGLIA, 1994, p.219).

² Após o segundo mês de gestação, o embrião mede cerca de 2,5 cm e praticamente toda a organogênese – etapa que compreende o processo de formação dos órgãos que constituem os animais, a partir dos três folhetos germinativos ou embrionários já terminou – sendo que a partir daí, o embrião é referido como feto, havendo até o nascimento, crescimento e desenvolvimento do indivíduo em formação.

Daí a importância dos cuidados e necessidades do cultivo de bons hábitos de vida, assim como ser imprescindível se evitar o uso de drogas durante e, até, antes da gestação.

1.1 Situação-problema

Contudo, tal como apropriadamente coloca Lopes (2010), os mais diversos fatores econômicos, sociais e psicológicos influenciam o contexto no qual o ser humano se engaja moldando seu comportamento e hábitos de vida nem sempre saudáveis e que acabam por dar origem ao um ambiente conturbado que – muitas vezes – conduzem o indivíduo a buscar a solução dos seus problemas no mundo das drogas, buscando fuga da realidade.

Na verdade, nas últimas décadas, assiste-se a um aumento progressivo do número de uso de substâncias psicoativas – antigas e novas – pela população, mormente jovem, drogas estas que são, inclusive, usadas por gestantes. Nesse sentido, Costa (1998, *apud* LOPES & ARRUDA, 2010, p.80) registra que “atualmente tem sido motivo de alerta mundial a exposição de gestantes a drogas de abuso. Pesquisas têm indicado elevação progressiva e alarmante no consumo de tabaco, álcool, maconha e outras drogas durante a concepção”. No Brasil, país caracterizado por desigualdades sociais, econômicas e educacionais, o uso de substâncias psicotrópicas vem alcançando índices cada vez mais elevados.

Infelizmente, essa também é a realidade vivenciada no bairro da Ilha do Príncipe que integra a capital do Estado do Espírito Santo, Vitória, no qual se localiza a Unidade de Saúde da Família “Dr. Manoel Rocha Coutinho”, à rua Fenelon Gomes, nº 138.

1.2 Justificativa

Consoante o cenário descrito e considerando os efeitos e consequências do uso abusivo de drogas, não somente para o indivíduo e seus familiares, mas para com o novo ser em formação – caso de mulheres em estado gravídico-puerperal – é que se optou pela implementação de um Plano de Intervenção (PI) voltado, sobretudo, para a população jovem que compõe a clientela da

Unidade de Saúde da Família aqui referida de forma a viabilizar o despertar da consciência quanto às graves consequências que podem advir do uso de drogas.

Na realidade, deve-se reconhecer que, independente das políticas públicas voltadas para o combate às drogas, muito pouco se tem avançado nessa conquista. Pelo contrário, os esforços parecem se mostrar quase que inúteis, podendo se observar uma recrudescência do uso de drogas.

Salienta-se que o PI encontra-se direcionado a usuários da Unidade de Saúde da Família “Dr. Manoel Rocha Coutinho” que vem atendendo 2.874 (dois mil, oitocentos e setenta e quatro) pacientes, sendo que 58 encontram-se na condição referida de drogadição, muito embora esse número não reflita a realidade local em virtude de se referir exclusivamente àquelas pessoas que buscaram ajuda junto aos profissionais da Unidade de Saúde da Família objeto da intervenção.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Implementar um PI visando conscientizar e alertar sobre as graves consequências advindas do uso abusivo de drogas, focando graves comprometimentos da saúde da gestante e do feto e, posteriormente, do neonato.

- Objetivos específicos

- Realizar revisão literária acerca das drogas de abuso – álcool, cocaína, maconha, fumo, dentre outras, mais frequentemente usadas durante a gestação.

- Apresentar e discutir os efeitos e consequências do uso de drogas tanto para a gestante quanto para o feto, abordando-os de acordo com o tipo de droga consumido.

- Traçar com a equipe multidisciplinar atuante na Unidade de Saúde “Dr. Manoel Rocha Coutinho” do bairro da Ilha do Príncipe, de Vitória-ES, ações a serem executadas, parceiras a serem buscadas, resultados a serem

alcançados e cronograma do PI a ser desenvolvido junto aos usuários da nominada Unidade e população local visando a minimização/erradicação do uso abusivo de drogas e, dessa forma, viabilizando mais qualidade de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Considerações iniciais

Silva e Tocci (2002) lembram que o uso de substâncias psicotrópicas é muito antigo sendo citadas mesmo antes de Jesus Cristo, não se restringindo somente ao álcool, como também usadas em rituais religiosos de diferentes culturas e, deve-se acrescentar, com uso medicinal, pois tal como relatam as autoras, a papoula, por exemplo, e o preparo “do ópio em tábuas de argila deixadas pelos sumérios na Mesopotâmia entre 4000 a 7000 a.C., teve suas ações terapêuticas descobertas em 1550 a.C. difundido se por todo o Império Romano” (SILVA: TOCCI, 2002, p.51). Contudo, hodiernamente, é consenso no que diz respeito ao uso de substâncias psicotrópicas que

a exposição da gestante ao uso dessas substâncias pode propiciar complicações perinatais, destacando a hipoperfusão³ útero-placentária a qual repercute com retardo de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta e aumento da incidência de rotura prematura de membranas. (LOPES; ARRUDA, 2010, p.80)

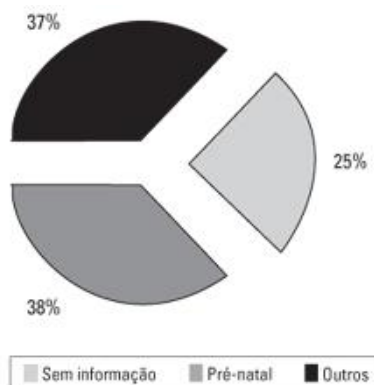
Além disso, as autoras ora referidas salientam a fala de Yamaguchi *et al.* (2008) ao afirmarem que a utilização das drogas durante o período gestacional pode causar más-formações fetais como também abortamentos, mortalidade materna, natimortalidade e mortalidade neonatal.

Percebe-se a importância de a mulher conhecer as conseqüências do uso de drogas no período gravídico, assim como a necessidade desse problema ser diagnosticado por ocasião da anamnese em consulta pré-natal – o que quase sempre não acontece, pois o diagnóstico do uso de drogas, “acaba ocorrendo apenas durante a investigação de infecções, como a hepatite e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (YAMAGUCHI *et al.*, 2008, p.45).

Nesse sentido, Yamaguchi *et al.* (2008) registram os resultados de um estudo realizado por Costa *et al.* (1998), em um hospital universitário, que demonstrou que somente 38% das gestantes receberam alguma orientação

³ Baixa irrigação sanguínea em determinada região do corpo, sendo seu emprego mais comum quando relacionada ao miocárdio

sobre drogas no pré-natal, sendo que a maioria se encontrava desinformada sobre o assunto. A representação gráfica dos resultados obtidos durante a pesquisa são os constantes da figura 1:



Fonte: Costa et al., 1998.

Figura 1: Informação no pré-natal sobre ousos de drogas
Fonte: YAMAGUCHI et al, 2008, p.45.

A visualização dos resultados deixa claro que uma enorme parcela das gestantes que integraram a pesquisa – 62% - encontrava-se desavisada acerca das consequências/efeitos do uso de drogas no período gravídico-puerperal.

Yamaguchi et al (2008) também relatam que, em 1990, foi publicado um estudo mostrando que, numa população de 60 milhões de mulheres em idade reprodutiva, 51% já tinham feito uso de álcool, 29% de tabaco, 7% de maconha e 1% de cocaína – resultados esses bastante preocupantes.

Observa-se que, infelizmente, apesar de inúmeras campanhas antidrogas levadas a efeito pelo Estado, em nível de Brasil, o índice do consumo de drogas se apresenta em ascensão, principalmente pelos mais jovens, até porque, como bem registram Silva e Tocci (2002), antes da década de 80 o uso de cocaína estava restrito somente para a classe média, devido ao alto preço e dificuldade de acesso, hoje, pode ser encontrada na forma de “crack”, com um preço bem mais baixo e, dessa forma, ter-se tornado acessível à população de menor poder aquisitivo.

Claro está que o uso do etanol e de outras drogas psicotrópicas é bastante antigo, assim como o fato desse uso ter efeitos adversos não somente para o indivíduo, como para a sua família e, no caso de gestantes, sobre o feto e o recém-nascido. Assim, tal como Lopes e Arruda (2010, p.80), “pode-se destacar o uso de drogas por mulheres com grande significância atualmente,

sendo as variáveis psicológicas/ambientais/emocionais precursoras de hábitos/vícios como abuso de cannabis, álcool, *crack*, tabaco e cocaína.

2.2 Uso do álcool no período gestacional

Ao se referir ao uso do álcool ou etanol, Grinfeld (2010, p.20) registra que “os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelos seres humanos datam de 6.000 a.C, sendo, portanto, um costume extremamente antigo e que tem persistido por milhares de anos”, acrescentando que, na época do Império Romano, já havia relatos sobre a incidência aumentada de abortos, natimortos e malformações congênitas em recém-nascidos, quando as mães faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas na gravidez.

Inclusive, Silva e Tocci (2002) apontam para o fato de na Bíblia existir a seguinte recomendação: “eis que tu conceberás e darás à luz a um filho. Agora, pois não beberás vinho, nem bebida forte” (juízes 13,7), acrescentando que Plutarco e Aristóteles, na Grécia Antiga, também alertavam sobre os perigos do alcoolismo durante a gravidez – isso porque o desenvolvimento do embrião e do feto depende exclusivamente do organismo materno.

Lopes (1997) explicita que após a fecundação do óvulo pelo zigoto, a nutrição embrionária ocorre à custa das células trofoblásticas⁴ – fase trofoblástica de nutrição embrionária – aos poucos e durante as semanas seguintes, as células trofoblásticas em conjunto com as células endometriais vão formando um tecido que se constituirá, mais tarde, numa placenta. Dessa forma, ensina Lopes (1997p.301), “a placenta, por ser um órgão formado pela interação entre tecidos materno e fetal, não é considerada um anexo embrionário” apesar de ser através dela que a mãe fornece alimento e O₂ para o feto.

Tal como o alimento e o O₂ passam para o feto, “a maioria das substâncias farmacológicas e drogas como a nicotina, monóxido de carbono,

⁴ De acordo com Lopes (1997), as chamadas células trofoblásticas iniciam a produção de um importante hormônio: gonadotropina coriônica. Essas células sintetizam e secretam enzimas proteolíticas que digerem substâncias secretadas pelo endométrio. Também fagocitam o produto da secreção endometrial e são grandes responsáveis pela implantação do embrião na parede endometrial.

maconha, cocaína, heroína, cafeína e o etanol atravessam a placenta e atingem o organismo fetal (LOPES; ARRUDA, 2010, p.81).

Grinfeld (2010, p.30) relata que “na gestante, o álcool cruza a placenta, via sangue materno, vai para o líquido amniótico e para o feto. Em cerca de uma hora, os níveis de etanol no sangue fetal e no líquido amniótico são equivalentes aos do sangue da grávida” – daí a importância da não ingestão de álcool pela gestante.

O fato de o álcool ou etanol atravessar facilmente a barreira placentária o torna um fator determinante ou potencializador de efeitos teratogênicos⁵ no feto. Portanto, a ingestão de álcool no período gestacional pode provocar graves danos ao feto, sendo que Síndrome Fetal Alcoólica (SFA) se constitui a consequência mais séria advinda do consumo do álcool.

Lopes e Arruda (2010, p.81) prelecionam que a SFA se caracteriza “por retardo de crescimento pré e pós-natal, disfunção do sistema nervoso central, anormalidades faciais e outras má-formações, como: alterações oculares e acuidade visual diminuída” acrescentando que tais alterações, sobretudo as má-formações congênitas, têm maior probabilidade de ocorrer quando a substância com potencial teratogênico é utilizado no primeiro trimestre da gestação correspondente ao período de diferenciação embriológica.

Corroborando a fala de Lopes e Arruda, Yamaguchi *et al.* (2008, p.45) lembram que, “inicialmente descrita em 1968 na França, a SFA é caracterizada por retardo do crescimento intra-uterino, déficit mental, alterações músculo-esqueléticas, geniturinárias e cardíacas”. Registram, ainda, que as alterações neurológicas determinadas pelo álcool incluem alterações na mielinização e hipoplasia⁶ do nervo óptico e parecem ser mediadas pelo GABA⁷.

De acordo com Costa e Mesquita (2010, p.43), a SAF apresenta três categorias primárias: “alterações faciais, restrição de crescimento pré e/ou pós-natal e evidências de alterações estruturais/ou funcionais do sistema nervoso central (SNC) associadas à exposição intrauterina ao álcool”. Registram que,

⁵ Adjetivo relativo à teratogênese, ou seja, produção de monstruosidade. Lopes e Arruda (2010, p.81) registram que de acordo com Niebyl (1989 *apud* CARMO; NITRINI, 2004, p. 1005) “um agente pode ser considerado teratogênico quando produz uma alteração maior ou menor, na morfologia e ou fisiologia normais do feto”.

⁶ Subdesenvolvimento de órgão ou de tecido.

⁷ Ácido gama-, conhecido pela sigla inglesa GABA, é o principal neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central dos mamíferos.

segundo o *Institute of Medicine of the National Academy of Science (IOM)*, o diagnóstico de SAF só pode ser feito se a mãe usou álcool durante a gravidez e existem características das três categorias. As características primárias da SAF encontram-se elencadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características encontradas em crianças exposta ao álcool no útero

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anomalias faciais |
| ▪ fissura palpebral pequena |
| ▪ ptose palpebral |
| ▪ hemiface achatada |
| ▪ nariz antevertido |
| ▪ filtro liso |
| ▪ lábio superior fino |
| Restrição de crescimento |
| ▪ baixo peso ao nascer |
| ▪ restrição de crescimento apesar da nutrição adequada |
| ▪ baixo peso relativo a altura |
| Alterações de desenvolvimento do SNC |
| ▪ microcefalia |
| ▪ anormalidades estruturais do cérebro incluindo agenesia do corpo caloso e hipoplasia cerebelar |
| ▪ outros sinais neurológicos como dificuldades motoras finas, perda da audição sensorial, incoordenação da deambulação e dificuldade da coordenação olho-mão |
| Anormalidades comportamentais inexplicáveis |
| ▪ incapacidade de leitura |
| ▪ fraco desempenho escolar |
| ▪ dificuldade de controle dos impulsos |
| ▪ problemas com a percepção social |
| ▪ dificuldade de linguagem |
| ▪ raciocínio abstrato pobre |
| ▪ habilidades prejudicadas |
| ▪ dificuldades de memória e de julgamento |
| Defeitos congênitos |
| Incluídos mas não específicos: |
| ▪ defeitos cardíacos |
| ▪ deformidades do esqueleto e dos membros |
| ▪ anomalias anatômicas renais |
| ▪ alterações oftalmológicas |
| ▪ perda do ouvido |
| ▪ fenda labial ou do palato |

Fonte: COSTA; MESQUITA, 2010, p.45

As autoras, ilustrando essas características, apresentam a imagem de um recém-nascido com as características primárias da SAF filtro nasal liso, lábio superior fino e fenda palpebral menor que o 10o percentil para a idade, filho de gestante usuária de álcool durante a gravidez



Figura 1 – Recém-nascido com característica da SAF
Fonte: COSTA; MESQUITA, 2010, p.46

Costa e Mesquita (2010) também transcrevem um quadro elencando os defeitos de nascimento relacionados ao álcool (ARBD - *alcohol-related birth defects*).

Quadro 2 – Defeitos de nascimento relacionados ao álcool

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exposição materna confirmada ao álcool, no mínimo duas características faciais e um ou mais dos seguintes defeitos estruturais: | |
| Cardíacos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ alteração no septo atrial ▪ alteração no septo ventricular ▪ anomalia dos grandes vasos ▪ defeito no tronco cone |
| Esqueléticos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tórax escavado ou carinato ▪ escoliose ▪ sinostose rádio-ulnar ▪ defeitos vertebrais ▪ contração das grandes articulações |
| Renais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ aplasia, hipoplasia e/ou displasia renais ▪ rins em ferradura ▪ duplicação uretral |
| Oculares | <ul style="list-style-type: none"> ▪ estrabismo ▪ ptose palpebral ▪ erros de refração ▪ anomalias dos vasos da retina ▪ hipoplasia do nervo óptico |
| Orelhas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ agenesia do conduto auditivo ▪ perda auditiva neurosensorial ▪ orelha em abano |
| Anomalias menores | <ul style="list-style-type: none"> ▪ hipoplasia nasal ▪ dedos pequenos ▪ clinodactilia ▪ camptodactilia ▪ prega palmar na forma de bastão de hóquei ▪ dobra epicantal ▪ ponte nasal plana ▪ hipoplasia facial |

Fonte: COSTA; MESQUITA, 2010, p.48

De acordo com Grinfel (2010), além de outras conseqüências, entre elas o retardo do crescimento intra-uterino, comprometimento do parto, aumento do risco de infecções, deslocamento da placenta, trabalho de parto prematuro, hipertonia uterina, os

danos pré-natais, na época da concepção e primeiras semanas, podem ser de natureza citotóxica ou mutagênica, levando a aberrações cromossômicas graves. No 1º trimestre ocorre o risco de malformações e dismorfismo facial, pois se trata de fase crítica para a organogênese; no 2º semestre há o aumento da incidência de abortos espontâneos e, no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do

sistema nervoso: o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal. (GRINFELD, 2010, p.30)

Entende-se que ter conhecimento das graves conseqüência do consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação é de primordial importância para evitá-las. Contudo, é preciso lembrar que, de acordo com Costa e Mesquita (2010, p.61) “nem todas as crianças de mães que consomem álcool durante a gravidez desenvolvem os seus efeitos deletérios, desconhecendo-se o motivo e o nível seguro de consumo de álcool durante a gestação”.

2.3 Consumo de cocaína na gravidez

De acordo com Jackeline Giusti, Sandro Sendin Mitsuro e Monica L. Zilberman, médicos que compõem a equipe da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), o consumo de cocaína na gravidez encontra-se associado a um maior risco de complicações, entre elas, o descolamento prematuro de placenta, aparecimento de mecônio⁸, ruptura precoce da bolsa amniótica, baixa estatura e baixo peso ao nascer, além de anormalidades geniturinárias e da parede abdominal.

Na mesma linha de pensamento, Yamaguchi *et al.* (2008, p.46) relatam que a cocaína atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, “agindo diretamente na vasculatura fetal, determinando vasoconstrição, além de malformações urogenitais, cardiovasculares e do sistema nervoso, acrescentando que em virtude de o fluxo sanguíneo uterino não ser auto-regulado, a sua diminuição provoca insuficiência útero-placentária, hipoxemia e acidose fetal.

Prelecionam os autores ora referidos que:

Durante a gestação, a cocaína leva ao aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial materna, com conseqüente vasoconstrição uterina e redução do fluxo sanguíneo para o útero. Este aumento da pressão induzida pela cocaína é transmitido para a micro-circulação placentária, e esse prejuízo do micro-circulação é que tem sido associado ao aumento dos índices de aborto entre gestantes usuárias desta droga. (YAMAGUCHI *et al.* 2008, p.46)

⁸ Substância pastosa de cor esverdeada como a da papoula, que é coletada no intestino do feto e constitui as primeiras evacuações dos recém-nascidos.

No mesmo sentido, Lopes e Arruda (2010) registram que os conceitos expostos à ação da cocaína podem apresentar “más-formações do sistema geniturinário, crescimento intrauterino restrito, agravo neurológico com microcefalia, tendência a abortamentos, partos pretermo e natimortalidade”, além de que as intoxicações pela cocaína poderem culminar com a morte da gestante, de acordo com Rezende (2005), acrescentam as autoras.

Bastos e Bórnica (2009) em palestra proferida no V EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, em Maringá (PR) salientaram que de acordo com Cunha *et al.* (2001), o consumo de cocaína no período de gestação pode causar efeitos teratogênicos – raros, porém graves –, dentre eles, anormalidades urogenitais, deformidades distais, defeitos cardíacos e malformações do SNC. Esclarecem que ainda não se conhece o mecanismo(s) causadores desses efeitos teratogênicos, contudo, supõe-se que a hipoxemia, as alterações na síntese do Ácido Desoxirribonucleico (DNA), em algumas regiões cerebrais, e as alterações nos neurotransmissores possam estar envolvidas nesses efeitos teratogênicos.

Giusti, Mitsuru e Zilberman (2015) explicitam que o potencial de transferência placentária da cocaína pode ser considerado moderadamente alto, característica bioquímica que parece mediar os seus efeitos sobre o feto. Salientam os autores que cerca de 3 a 5% da cocaína entram no sistema circulatório fetal através do líquido amniótico que funciona como um reservatório, expondo o feto constantemente à droga mesmo depois que a gestante interrompe o uso da mesma.

Em sentido análogo é a fala de Kronbauer *et al.* (1995) ao relatar que a cocaína atravessa a placenta rapidamente atingindo sua concentração máxima na circulação fetal em três minutos, afirmando que:

Aproximadamente 20% de toda cocaína consumida pela gestante é levada ao feto, onde é metabolizada na forma ativa de narcocaína e excretada na urina fetal sendo reingerida junto ao líquido amniótico, conseqüentemente prolongando o processo de eliminação para 5 a 6 dias. (KRONBAUER *et al.*, 1995, *apud* SILVA; TOCCI, 2002, p.54)

Segundo Moore *et al.* (1986), citado por Bastos e Bórnica (2010) a cocaína atinge diretamente a vasculatura fetal, determinando vasoconstrição, conseqüentemente, com a diminuição do fluxo sanguíneo uterino, aparecem

problemas secundários como insuficiência útero-placentária, hipoxemia e acidose fetal.

Silva e Tocci (2002) comentam que quando a gestante expõe o feto à cocaína, a do recém-nascido ao meio extra uterino apresenta-se mais difícil, podendo o bebê ser muito irritável, trêmulo, difícil de consolar, frágil, hiperexcitável e ter dificuldade de manter um padrão de vigília de forma suave e seqüencial.

Importante lembrar, tal como as autoras ora mencionadas, que durante a lactação, a passagem da droga para o leite pode ocorrer e “a eliminação pelo lactente é lenta, podendo levar a um acúmulo da droga que com baixo consumo da gestante; a amamentação é contra indicada pela associação brasileira de pediatria devido à alta toxicidade neonatal” (SILVA; TOCCI, 2002, p.54).

Percebe-se o quanto o consumo dessa e de outras drogas pode vir a prejudicar o feto e o recém-nascido, dessa forma, ações das Unidades de Saúde da Família configuram-se de grande importância no auxílio ao combate de seu uso no período de gestação.

2.4 A gestante e o uso da maconha

Yamaguchi *et al.* (2008) evidenciam que a maconha é, provavelmente, a droga ilícita mais freqüentemente usada na gestação, sendo que sua incidência varia de 10% a 27%, índices registrados por Bell e Lau (1995) esclarecem os autores.

Sabe-se que a maconha é um alucinógeno obtido da planta *cannabis sativa*, popularmente conhecida como marijuana e haxixe. Seu uso pode ser feito por via endovenosa, oral (mastigada ou usada na confecção de bolo) ou, mais comumente, inalada (baseado).

De acordo com Yamaguchi *et al* (2008, p.46), os efeitos alucinógenos da maconha “são decorrentes do princípio ativo delta-9-tetra-hydrocannabinol (THC), que é altamente lipossolúvel, atravessando facilmente a barreira placentária”. A passo, os autores esclarecem que, aparentemente, a maconha diminui a perfusão útero-placentária e prejudica o crescimento fetal, sendo que alguns estudos demonstraram que a utilização perinatal da maconha levaria ao

retardo da maturação do sistema nervoso fetal, assim como ao aumento dos níveis plasmáticos de norepinefrina ao nascimento, o que provocaria distúrbios neurocomportamentais precoces.

Contudo, salientam os autores ora mencionados, apesar de sua ampla utilização, as evidências de efeitos deletérios da maconha **sobre o feto** são poucas. Já em relação à mãe, a inalação da maconha “determina descarga simpática, como taquicardia, congestão conjuntival e ansiedade, enquanto o uso crônico pode provocar letargia, irritabilidade, além de alterações no sistema respiratório, como bronquite crônica e infecções de repetição” (WHEELER, 1993, *apud* YAMAGUCHI *et al.*, 2008, p.46).

Silva e Tocci (2002) observam que na gestação é difícil avaliar os efeitos da maconha sobre o feto devido às conseqüências dos efeitos maternos como anorexia induzida pela droga, desidratação, quebra dos cuidados normais durante a gravidez e a amamentação. Além disso, o uso simultâneo da maconha com outras drogas dificulta a identificação dos efeitos diretos da maconha sobre o feto.

Contudo, Silva e Tocci (2002, p.53) registram que

A maconha pode afetar, indiretamente, o feto, elevando os níveis de monóxido de carbono no sangue, comparado à inalação do cigarro a maconha eleva em até cinco vezes os teores de carboxiemoglobina, devido à profundidade e a manutenção maior da inalação a permanência da maconha nas vias aeróforas é maior. Com isso a maconha torna a oxigenação do feto mais lenta, retardando o seu desenvolvimento, também contribuindo para o aumento da frequência cardíaca e a tensão sanguínea da gestante, retardando o fluxo placentário.

Silva e Tocci (2002) salientam que não existem relatos sobre a associação da maconha com más formações fetais, assim como a respeito de defeitos adversos sobre o lactente durante a amamentação em curto prazo. Contudo, foram encontrados metabólicos em fezes e, em virtude dessa constatação, a amamentação é contra indicada pela Academia Americana de Pediatria. Nesse sentido, Resende (2005, *apud* SILVA; ARRUDA, 2010) salienta que a gestante deve abster-se do álcool desde a concepção até a lactação, pois o álcool é passado ao leite materno podendo condicionar intoxicação no lactente.

2.5 Tabaco

Silva e Tocci (2002) lembram que o tabaco possui mais de 4000 substâncias presentes na sua composição e, embora muitas ainda não sejam bem conhecidas, sabe-se das substâncias tóxicas presentes no cigarro, quase todas repercutem no desenvolvimento do feto.

Nesse sentido, é consenso que os produtos derivados do cigarro como monóxido de carbono e a nicotina atravessam a placenta e entram em contato com o feto. Morrow, Ritchie e Bull (1998), citados por Lopes e Arruda (2010, p.81), relatam que o monóxido de carbono possui alta afinidade com a “hemoglobina fetal impedindo que essa se ligue ao oxigênio, induzindo a hipoxemia⁹ fetal. A nicotina diminui a produção de prostaciclina¹⁰ que, por sua vez, provoca vasoconstrição levando ao aumento da resistência vascular periférica”, reduzindo, dessa forma, a disponibilidade de oxigênio para o feto. Yamaguchi *et al.* (2008, p.46) corroboram a fala dos autores ora referidas e acrescentam que:

Além disso, a placenta de mães tabagistas apresenta características sugestivas de hipoperfusão, e, como consequência, há uma maior incidência de retardo do crescimento intra-uterino, descolamento prematuro de placenta e rotura prematura das membranas ovulares

No que concerne ao alcatrão¹¹, substância também presente no tabaco, Silva e Tocci (2002) prelecionam que interfere no transporte de substâncias à placenta, diminuindo a passagem de nutrientes essenciais ao crescimento fetal, sendo que juntamente com a nicotina “libera adrenalina e noradrenalina¹² diminuindo o fluxo plasmático uterino, aumentando a resistência vascular, a pressão arterial e a frequência cardíaca, esses fatores podem promover a hipóxia fetal” (SILVA; TOCCI, 2002, p.52).

⁹ Baixa concentração de oxigênio no sangue.

¹⁰ Potente vasodilatador e inibidor da agregação plaquetária.

¹¹ “Mistura viscosa, escura, de cheiro forte, obtida pela destilação de substâncias orgânicas como o petróleo, o carvão, etc.” (FERREIRA, 1999).

¹² Hormônio secretado pelas glândulas suprarrenais, tal como a adrenalina, sendo um precursor desta, ou seja, aparece antes da adrenalina ser metabolizada.

Lopes e Arruda (2010) registram que de acordo Chiriboga (1993), observa-se também a diminuição da produção de leite de mães tabagistas, bem como a passagem de produtos de tabaco do leite.

Apesar desses efeitos e conseqüências sobre o feto e o recém-nascido sabe-se que muitas são as gestantes que não abandonam o hábito de fumar durante a gestação, havendo aquelas que mesmo o fazendo, retornam ao vício tão logo o bebê nasça, se esquecendo que muitos produtos do tabaco passam para o leite materno. Nesse sentido, de acordo com Barros, Santos e Oliveira (1997):

Embora a mulher tenha conhecimentos básicos sobre os malefícios do uso do tabaco apenas 20% das mulheres gestantes deixam o vício durante a gestação. Dentre as gestantes que fumam, as primigestas fazem parte do grupo mais adepto ao abandono do hábito de fumar, no entanto, quanto mais aumentar o número de gestações, menor será a aceitação em deixar o vício. (*apud* SILVA; TOCCI, 2002, p.52)

Silva e Tocci (2002, p.52) salientam que de acordo com os autores Niebyl, (1989); Neto (1990); Souza *et al.* (1992); Rezende, (1998); Tedesco (2000),

as complicações obstétricas mais comuns observadas em gestantes tabagistas são: abortamento espontâneo, líquido amniótico meconial associado a sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prematuro, anóxia, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura das membranas, síndrome da angústia respiratória, sangramento vaginal, perdas perinatais, amnionite, malformação congênita, amniorrexe, gravidez tubária (aumenta o risco em duas vezes), apresenta menor comprimento, pequena circunferência cefálica e até óbito fetal.

Pelo exposto até aqui é indiscutível que maiores esforços e campanhas sejam levados a efeito e, nesse contexto, as ações dos profissionais de saúde se revestem de máxima importância.

2.6 Crack na gestação

Antes de abordar as conseqüências do uso do *crack* no período gestacional, faz-se necessário saber o que, afinal, é o *crack* – droga cujo consumo vem aumentando assustadoramente nas últimas décadas e que apresenta risco iminente de morte. “O Brasil apresenta um consumo de *crack*

em torno de 0,7% da população geral, com destaque para as regiões Sul (3,6%), Sudeste (2,6%) e Nordeste (1,4%) entre jovens, estudantes do ensino médio e fundamental, predominantemente, de baixa renda” (SILVA JUNIOR, 2012, *apud* VICTOR; LIMA, 2013, p.2).

De acordo com Franco Netto (2013, p.43) o *crack* é uma das cocaínas fumáveis – basuco, pasta de coca, *crack* e *freebase* – ou seja, “substâncias voláteis e sublimáveis, que podem passar da fase sólida diretamente para fase gasosa”, Franco Netto (2013) registra que outra denominação dada a essas substâncias é a de *cocaínas de combustão*, ou seja, “substâncias que derivam da folha de coca que, após processamento químico, adquirem características físico-químicas que lhes conferem baixo ponto de fusão e que podem ser volatilizadas por sublimação ou ebulição, utilizando calor” (CASTAÑO, 2000, *apud* FRANCO NETTO, 2013, p.42). Sob outros termos:

O crack é uma droga produzida a partir da transformação do cloridrato de cocaína adicionado ao bicarbonato de sódio diluído em água, ainda são acrescentados e reutilizados ingredientes refinados da cocaína e outros produtos tóxicos como querosene, gasolina e água de bateria. A mistura é aquecida e, após secar, consolida-se em formato de pedras, ideais para serem fumadas. (OLIVEIRA, 2011, *apud* VICTOR, LIMA, 2013, p.3)

Na realidade e segundo Pacievitch (2015), o *crack* surgiu como opção para popularizar a cocaína, pelo seu baixo custo e, ao ser inalado, chega rapidamente ao cérebro e seus efeitos são sentidos quase imediatamente – de 10 a 15 segundos – contudo, “tais efeitos duram em média 5 minutos, o que leva o usuário a usar o *crack* muitas vezes em curtos períodos de tempo, tornando-se dependente”, relata a autora.

Importa salientar que:

A ação estimulante provocada pela substância pode levar às perdas de apetite e de sono, sentimento de perseguição, agitação motora e depressão. A dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Além disso, os efeitos psicoorgânicos do uso crônico de crack, marcado pela potencial dependência química geradora de intensa adesão ao uso progressivo de doses maiores, o decorrente estado alterado e a vulnerabilidade social, pré-existente e/ou decorrente do uso, também podem facilitar a ocorrência de relações sexuais desprotegidas, aumentando o risco de contrair DSTs. (FRANCO NETTO, 2013, p.14)

Independente de Yamaguchi *et al.* (2008, p.46) registrarem que a “prevalência do uso da cocaína, assim como de seu produto alcalinizado (*crack*), tem aumentado dramaticamente na população obstétrica durante as ultimas décadas”, estudos epidemiológicos de gestantes usuárias de *crack* é bastante insípido e, assim:

Pouco se reconhece a respeito dos efeitos da exposição pré-natal a esta droga ao longo do desenvolvimento das crianças, mas sabe-se também que além de diversos efeitos negativos na saúde da gestante e do bebê, estudos demonstram aumento dos custos neonatais em até dez vezes quando ocorreu exposição, além de problemas psicossociais, médicos e educacionais crônicos das crianças expostas. (MATOS *et al.*, 2011, *apud* VICTOR; LIMA, 2013, p.4)

Dentre as consequências físicas do uso do *crack* na gravidez se destacam “taquicardia e hipertensão arterial na mãe e no feto. Podem ocorrer parto prematuro, abortos espontâneos, deslocamento prematuro de placenta e ainda supressão do apetite” (ABRUZZ, 2011, *apud* VICTOR; LIMA, 2013, p.4).

Por outro lado, o fato de a pedra de *crack* poder ser quebrada e fumada em cachimbos improvisados feitos em tubos de PVC ou em latas de alumínio, normalmente recolhidos nas ruas ou aglomerados de lixo, tem como consequência viabilizar infecção por doenças presentes nestes locais e transmitidas por insetos e ratos, alerta Franco Netto (2013).

Ao elencarem os efeitos da cocaína/*crack* sobre o feto, Victor e Lima (2013, p.6) destacam os relatados por Renner, Gottfrie e Welter (2012), a saber: “fetos natimortos, microcefalia, retardo mental, alterações ósseas, baixo peso, irritabilidade, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e algumas vezes nascem com crises convulsivas, ainda sob efeito da droga passada através da mãe.

A esses efeitos, os autores ora referidos acrescentam malformações geniturinárias, atresias¹³ do trato gastrintestinal, alterações visuais e auditivas, menor peso ao nascer, menor comprimento e menor perímetro cefálico, salientando que dependendo da quantidade de drogas que a mãe usou, o bebê pode sofrer síndrome de abstinência, segundo Camargo (2012).

¹³ “Imperfuração ou ausência congênita de orifício natural do corpo, ou de órgão tubular” (FERREIRA, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho da operação

Antes de iniciarmos a idealização do PI é importante contextualizar o bairro Ilha do Príncipe cujos habitantes são usuários da Unidade de Saúde da Família “Dr. Manoel Rocha Coutinho” de maneira a embasar as ações do projeto.

Vitória, a capital do Espírito Santo, possui 80 bairros divididos em 9 (nove) regiões administrativas: Centro; Santo Antônio; Jucutuquara, Maruípe, Praia do Canto, Goiabeiras, São Pedro, Jardim Camburi, Jardim da Penha.

O bairro Ilha do Príncipe integra a Região Administrativa Centro que, além do Centro da cidade engloba os bairros de Vila Rubim, Parque Moscoso, Santa Clara, Do Moscoso, Piedade e Ilha do Príncipe.

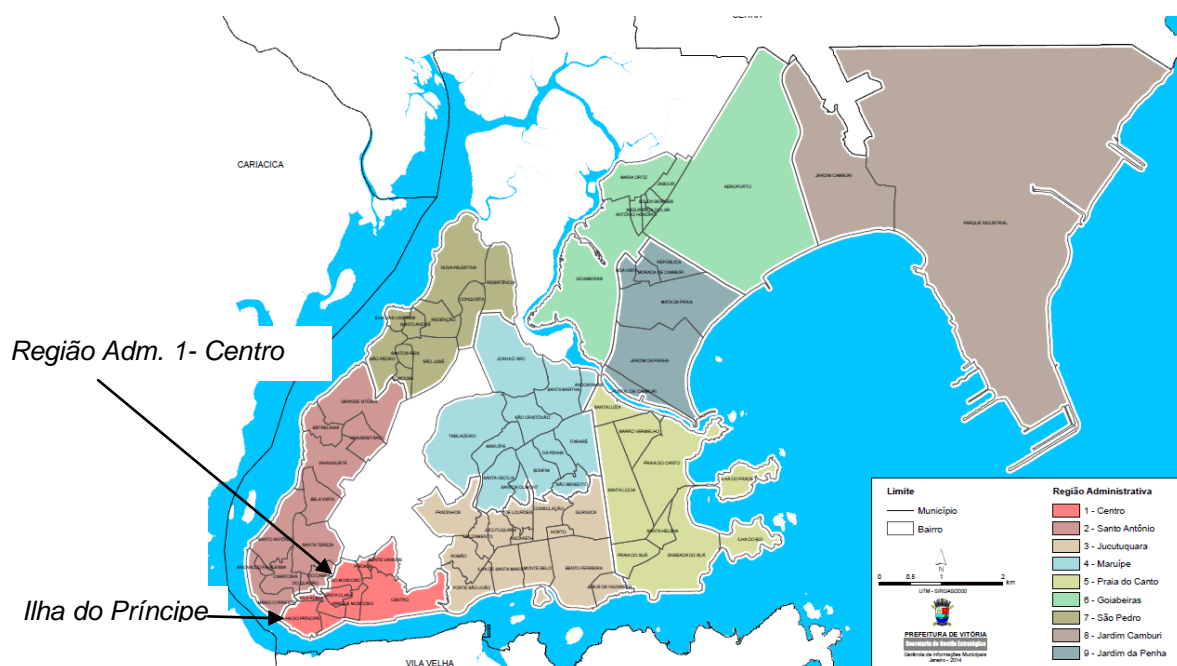


Figura 2 – Regiões administrativas de Vitória-ES

Fonte: VITÓRIA em dados. **História dos bairros: Ilha do Príncipe.** Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao2/ilhadoprincipe.asp>>. Acesso em: 13 Jun.2015

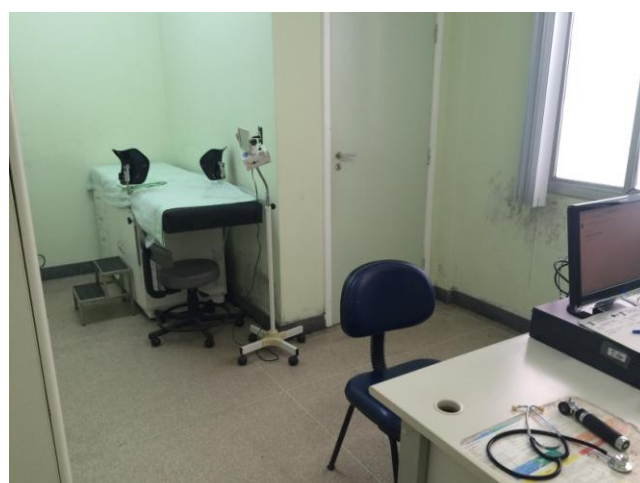
Das três Unidades Básicas de Saúde disponibilizadas pela Região Administrativa Centro, a “Dr. Manoel Rocha Coutinho” localiza-se no bairro Ilha do Príncipe, cujos usuários constituem objeto dessa intervenção.



Figura 03 – Fachada da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho”

A USF em foco conta com uma equipe de 40 (quarenta) profissionais, dentre eles, médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, agentes comunitárias de saúde, psicóloga, farmacêutica e assistente social.

Embora não seja detentora de um espaço muito grande, as instalações e equipamentos da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho” atendem perfeitamente às necessidades da equipe e de seus usuários.



Figuras 4 e 5 – Recepção e sala de atendimento a gestantes da USF “Dr. Manoel R. Cotinho”

A USF objeto da intervenção ainda conta com um auditório, onde são realizadas palestras, reuniões de equipes e grupos de apoio, equipado com 40 (quarenta) cadeiras, telão, mesa, escrivaninhas, data-show, ar condicionado, etc.



Figura 6 – Auditório da USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho”

A USF pode ainda contar com o apoio do Centro Municipal de Especialidades “Dr. Aprício da Silva Freire”, de Vitória, muito embora este não se localize no bairro Ilha do Príncipe, centro este que atende gestantes de alto-risco, entre outras especialidades, tais como: angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, neuropediatria, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, urologia, homeopatia, acupuntura, fisioterapia, Terapia Ocupacional e pequenas cirurgias.

De acordo com site <http://legado.vitoria.es.gov.br/>, o bairro da Ilha do Príncipe, hoje anexado à Ilha de Vitória, no passado, era de fato uma ilha e localizava-se entre Vitória e o continente (Vila Velha). O interesse do governo por essa área começou na gestão de Florentino Avidos (1924-1928) com a construção das seis pontes. Na realidade, eram cinco pontes de Vila Velha a Ilha do Príncipe e uma de Vila Velha a Vitória. Juntamente com as pontes e para viabilizá-las, foram feitos os primeiros aterros na Ilha do Príncipe, em 1928. O propósito oficial era melhorar a acessibilidade, visto que o crescimento do porto impulsionou a necessidade de criar ligações com as outras regiões.

Em 1960, de acordo com o relatório da Secretaria de Viação e Obras Públicas, foi realizada grande área de aterro na Ilha do Príncipe para incorporar esta à Vitória aproveitando o produto de dragagem da obra de aprofundamento do canal de acesso e da baía. No ano seguinte, iniciou-se o aterro necessário à execução do acesso à Segunda Ponte e foi apresentado o projeto final ao Instituto Nacional de Estradas de Rodagem(INER).



Figura 7 – Vista do bairro Ilha do Príncipe

Fonte: <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2011>>

Finalmente, em 1980 foi realizado aterramento, enrocamento e captação de esgotos no trecho entre a Ilha do Príncipe e o bairro Santo Antônio, no antigo cais do hidroavião. Esse aterro recebeu a rodoviária de Vitória – com aproximadamente 2.000m² – e com a sua finalização, a paisagem da cidade foi radicalmente transformada, a ilha do Príncipe deixou de ser ilha e passou a ter uma nova relação visual com o entorno.

Salienta-se que, em reportagem de 2011, o G1 ES, portal de notícias mantido pela Rede Globo, registrou que uma investigação do Ministério Público mostrou que o tráfico de drogas na região metropolitana de Vitória começa pelo bairro Ilha do Príncipe. De acordo com a Polícia Militar, a localização do morro facilita a distribuição de entorpecentes na Grande Vitória. O bairro fica próximo à rodoviária de Vitória e à Ponte do Príncipe (Segunda Ponte), que dá acesso à BR-262 e liga a capital capixaba aos municípios de Vila Velha e a Cariacica.

Quando a droga chega ao morro, é distribuída em várias casas. Os moradores recebem uma espécie de aluguel para ceder esse espaço para aos traficantes. Dessa forma, é muito difícil a polícia apreender, de uma só vez, uma grande quantidade de entorpecentes. (G1 ES, 2011)

De 2011 para cá a situação em relação ao tráfico de drogas mudou muito pouco e o bairro continua, infelizmente, a ser um centro de distribuição de drogas. Na verdade, esse fato banaliza o consumo de drogas, pois como mencionado na introdução deste trabalho o contexto no qual o ser humano se engaja acaba por moldar e influenciar seu comportamento e hábitos de vida – não que se esteja afirmando que o homem é, essencialmente, um produto do meio, mas que sofre as influências deste.

Assim, a realidade vivenciada no bairro Ilha do Príncipe propicia o desenvolvimento de hábitos de consumo das mais variadas drogas – daí a opção pelo presente PI que tem por objetivo despertar a consciência da população local quanto às graves consequências que podem advir do uso de drogas sobretudo para o binômio mãe-feto.

3.2 Público-alvo

População jovem e familiares dos 2.874 (dois mil, oitocentos e setenta e quatro) pacientes da Unidade de Saúde da Família objeto da intervenção, assim como população de bairros do entorno da Ilha do Príncipe e que compõem a Região Administrativa Centro.

3.3 Parcerias estabelecidas

No decorrer do mês de julho, visando estabelecer as parcerias para a execução do PI, realizar-se-ão, pois a técnica de entrevista foi a eleita para tanto, considerando que é dialogando que se pode explicar nossas idéias e conseguir adeptos. Nesse sentido, serão estabelecidas as seguintes parcerias:

- Secretaria Municipal de Educação tendo por finalidade divulgar a realização do PI junto às escolas municipais;
- Profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família “Dr. Manoel Rocha Coutinho”;

- Gráfica Tony localizada à Av. Avenida Duarte Lemos, 533, visando obter parceria na impressão de panfletos explicativos das conseqüências do uso de drogas tanto para a gestante como para o feto e recém-nascido;
- Gráfica Fontana, Avenida Marcos de Azevedo, 279, para a confecção de panfletos dos locais e dias de palestras do PI;
- Médicos obstretas que atuam no Centro Municipal de Especialidades de Vitória “Dr. Aprígio da Silva Freire” para a realização de palestras e atendimento das gestantes que fazem uso de drogas e, portanto, consideradas de gestação de alto risco;
- Filial Supermercados Roncetti localizada à Rua Comissário Campos, 100, Ilha do Príncipe, para a concessão de lanches e água mineral;
- Supermercado Fieni, Rua Comissário Campos, 676, Ilha do Príncipe para a concessão de lanches e água mineral;
- Rádio Litoral 102.3 FM Vitória e Jovem Pan FM Vitória 100.1 visando divulgação do PI;
- Igreja do Caminho Pentecostal, (Rua Querubino Costa 358), Igreja Assembléia de Deus (Av. Alexandre Buaiz, 321), Igreja Evangélica Luterano Redentor (Av. Jurema Barroso, 90), Igreja Batista da Ilha do Príncipe (Rua Fenelon, s/n), Igreja São Pedro (Vila Rubin) e Paróquia Santo Antônio, para divulgação do PI e concessão de locais para a realização de palestras.

2.4 Recursos necessários

Quadro 3 – Recursos necessários

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos humanos – médicos que atuam na USF objeto da intervenção e demais profissionais como equipe de apoio; ▪ Locais para palestras; ▪ Papel chamex, canetas, lápis e borrachas; ▪ Preservativos masculinos e femininos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Microfone e caixas acústicas; ▪ Data-show; ▪ Telão; ▪ Computador e/ou notebook; ▪ Copos descartáveis; ▪ Guardanapos; ▪ Lanches ; ▪ Água mineral |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.5 Orçamento

Não haverá gastos financeiros devido às parcerias estabelecidas.

3.6 Cronograma de execução

Quadro 4 – Cronograma de execução

| ATIVIDADES / MÊS | Maio | Junho | Julho | Ago. | Set. | Out. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|------|------|------|
| Reuniões após o expediente para levantamento das ações a serem desenvolvidas no decorrer do PI e estabelecimento das estratégias. | X | | | | | |
| Reuniões com a equipe de médicos atuantes, após o expediente, para discutir a problemática do consumo de drogas e consequências para o binômio mãe-feto através de revisão literária. | X | | | | | |
| Visitas para estabelecimento de parcerias: Secretaria Municipal de Educação, Igrejas, Gráficas, Supermercados, Rádios FM de Vitória e direção do Centro Municipal de Especialidades de Vitória “Dr. Aprígio da Silva Freire” para a realização de palestras. | | X | | | | |
| Escolha dos temas a serem abordados em cada palestra, tendo-se optado por três palestras a serem realizadas em quatro (4) locais diversos | | | X | | | |
| Palestra “Consequências e efeitos do uso de drogas na gestação para o binômio mãe-filho com ênfase no consumo de álcool”, com início às 14h na Igreja do Caminho Pentecostal (4/julho), na Igreja São Pedro da Vila Rubin (11/julho), Igreja Assembléia de Deus (18/julho) e na Igreja Batista da Ilha do Príncipe (25/julho), seguidas de lanche e distribuição de panfletos. | | | X | | | |
| Palestra “Consumo de cocaína e maconha na gravidez e consequências para a mãe e o bebê” a partir das 14h na Igreja do Caminho Pentecostal (1º/ago), na Igreja São Pedro (8/ago), na Igreja Assembléia de Deus (15/ago) e na Igreja Batista da Ilha do Príncipe (22/ago). Lanche e distribuição de panfletos. | | | | X | | |
| Palestra “O uso da maconha e do crack no período gestacional e seus reflexos no bebê e na mãe” a partir das 14h na Igreja Caminho Pentecostal (5/set), na Igreja São Pedro (12/set.), na Igreja Assembléia de Deus (19/set.) e na Igreja Batista da Ilha do Príncipe (26/set.). Lanches e panfletos. | | | | | X | |
| Palestra direcionadas às famílias que possuem algum membro em condições de drogadição atendidas pela USF, a ser realizada no auditório da desta; “Importância do apoio familiar na superação do usuário de drogas”. | | | | | X | |
| Avaliação das atividades desenvolvidas e do alcance das metas e objetivos propostos no PI. | X | X | X | X | X | |
| Ofícios de agradecimento a todos parceiros. | | | | | | X |

3.7 Resultados esperados

Despertar a consciência da população local quanto às graves consequências que podem advir do uso de drogas para o binômio mãe-feto, assim como para os familiares e a sociedade em geral.

3.8 Avaliação

Importa lembrar, inicialmente, que toda e qualquer avaliação constitui-se um movimento inevitável da civilização, pois o julgar e o comparar fazem parte da história da estruturação do raciocínio. Por outro lado, a avaliação é a base consciente para o estabelecimento das condições necessárias à vida e ao progresso humano, tanto individual como social. O processo avaliativo integra a construção, o desenvolvimento de qualquer relação, principalmente daquelas que se estabelecem voltadas para a consecução clara de algum objetivo – caso do PI a ser implementado.

Na realidade, tomada sob qualquer aspecto a avaliação desempenha um dos mais importantes fatores no desenvolvimento das atividades humanas, pois através dela o homem torna-se capaz de redimensionar suas ações na busca do alcance de seus objetivos. Assim, a avaliação de cada palestra servirá para realimentar as ações e os pontos a serem abordados na palestra seguinte; apontará possíveis falhas e promoverá discussões entre os membros da equipe da USF em foco em busca de soluções.

Salienta-se que, dessa forma, na avaliação se centra o planejamento e redirecionamento dos sentidos das ações a serem executadas, de maneira a viabilizar o alcance dos objetivos propostos.

No que concerne ao PI, o ato de avaliar se reveste de uma importância talvez bem maior do que em qualquer outra atividade em virtude de suas implicações e, principalmente, por ter como objeto final um ser em desenvolvimento, totalmente dependente.

Nesse contexto, percebe-se que a proposição deste PI vai ao encontro da necessidade de preservar a formação do novo ser a partir da conscientização da gestante dos efeitos e consequências para o feto e para o

recém nascido do uso de drogas – daí a importância desta e outras intervenções que tenham por objeto o combate ao consumo de drogas.

Por outro lado, a avaliação das ações executadas será acompanhada de atenção e aconselhamento das gestantes que buscam a USF em foco, complementado-as e buscando internalizar a necessidade de desenvolver hábitos saudáveis de vida.

Contudo, somente os meses subseqüentes ao término do PI é que poderão apontar seus resultados de forma mais evidente.

4 CONCLUSÃO

Os estudos realizados apontaram para inúmeras e diversificadas consequências para a gestante e o feto decorrentes do consumo de drogas no período gestacional, assim como concretizaram conhecimentos assimilados na formação acadêmica acrescidos da experiência factual no exercício da profissão.

Como mencionado, a realidade na qual se encontra contextualizada a USF “Dr. Manoel Rocha Coutinho” encontra-se permeada pelo tráfico e, conseqüentemente, banaliza o consumo de drogas propiciando o desenvolvimento de hábitos de consumo de variadas drogas. Esse fato, aliado ao desconhecimento das conseqüências e efeitos das drogas sobre o organismo humano e, no caso de gestantes, sobre a formação do novo ser, ocasionam o surgimento de diversos e graves problemas físicos, mentais, intelectuais e sociais – a ignorância não instrumentaliza as pessoas a enfrentar e perceber os malefícios advindos do uso de drogas, substâncias psicotrópicas, incluindo os relativos ao binômio mãe-feto.

Os riscos toxicológicos para a saúde das gestantes, para o feto e para o recém-nascido – mencionados alhures – são os mais diversos, podendo, inclusive, serem apontados como fator dos índices mais elevados de abortos espontâneos, complicações perinatais, dentre elas a hipoperfusão útero-placentária, retardo de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta e aumento da incidência de rotura prematura de membrana, má-formações fetais, mortalidade materna, natimortalidade e mortalidade neonatal.

Indubitável, portanto, é a necessidade de a mulher conhecer as conseqüências do uso de drogas no período gravídico de forma a perceber suas graves conseqüência e abandonar o consumo de drogas – nesse contexto acredita-se que a implementação do PI se revestirá de caráter muito importante.

Por outro lado, a elaboração e execução do PI reforçará a necessidade do problema do consumo de drogas ser diagnosticado por ocasião da anamnese em consulta pré-natal e maior atenção por parte dos profissionais de saúde que

lidam com a gestante neste período, no parto e após o parto, contribuindo para redução na mortalidade fetal e neonatal.

Finalmente, deseja-se salientar o entendimento de que desenvolver hábitos de vida saudáveis é uma das formas de a gestante assegurar/possibilitar para si e para o feto maior qualidade de vida, assim como maior tranquilidade no período gestacional.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Mariana de Souza; BÓRNIA, Elaine Campana Santos. *Uso de nicotina e/ou cocaína durante a gestação e suas consequências no desenvolvimento fetal e neonatal*. In ISBN 978-85-61091-05-7 V EPCC **Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar** 27 a 30 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.unicesumar.edu.br/epcc2009/anaais/marina_souza_bastos_2.pdf>. Acesso em: 1º Maio 2015.

COSTA, Helenice de Paula Fiod; MESQUITA, Maria dos Anjos. *Conceitos e quadro clínico da exposição pré-natal ao álcool*. In In SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos (coordenadora). **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio eletrônico: século XXI** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. Versão 3.0. CD-ROM.

FRANCO NETTO, Francisco de Abreu. **O problema do crack: emergência, respostas e invenções sobre o uso do crack no Brasil**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013, sob a orientação do Dr. Gabriel Eduardo Schutz. Disponível em: <<file:///D:/Users/Usuario/Downloads/franconettofam.pdf>>. Acesso em 12 Jun. 2015.

G1 ES – TV Gazeta. **Tráfico na Grande Vitória começa pelo bairro Ilha do Príncipe, diz MP**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/2011/11/trafico-na-grande-vitoria-comeca-pelo-bairro-ilha-do-principe-diz-mp.html>>. Acesso em: 13 Jun. 2015.

GIUSTI, Jackeline; MITSURO, Sandro Sendin; ZILBERMAN, Monica L. **Gestação e cocaína**. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/selecoes/Gestacao_e_Cocaina.pdf>. Acesso em: 06 Jun. 2015

GRINFELD, Hermann. *Alcoolismo feminino durante a gestação*. In SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos (coordenadora). **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

LOPES, Sônia. **Bio - introdução à biologia e origem da vida: citologia e embriologia histológica**. Vol. 1. São Paulo: Saraiva, 1997.

LOPES, Thaís Dias; ARRUDA, Patrícia Pereira. *As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico-puerperal*. In **Revista Saúde e Pesquisa**, vol 3, nº 1, jan./abril 2010, ISSN, p. 79-83.

MARCONDES, Ayrton César; LAMMOGLIA, Domingos Ângelo. **Biologia, ciência da vida: citologia, histologia, embriologia**. São Paulo: Atual, 1994.

PACIEVITCH, Thais. **Crack.** Disponível em: <<http://www.infoescola.com/drogas/crack/>>. Acesso em: 10 Jun. 2015.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Tradução de Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos (coordenadora). **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido.** São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SILVA, Thaís Pinto; TOCCI, Heloísa Antonia. *Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação.* In **Revista de Enfermagem UNISA** 2002; 3: 50-6. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-10.pdf>>. Acesso em: 12 Maio 2015.

VICTOR, Ítala Alencar Braga; LIMA, Josefa Nayara de. **As consequências do crack para o binômio gestante recém-nascido:** uma revisão literária. Trabalho apresentado no 13º Congresso Nacional de Iniciação às Ciências - Anais do Conic-Semesp. Volume 1, 2013 - Faculdade Anhanguera de Campinas - Unidade 3. ISSN 2357-8904. Disponível em: <<http://conic-semesp.org.br/anais/files/2013/trabalho-1000014598.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015. VITÓRIA em dados. **História dos bairros:** Ilha do Príncipe. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao2/ilhadoprincipe.asp>>. Acesso em: 13 Jun. 2015

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi *et al.* *Drogas de abuso e gravidez.* In **Revista de Psicologia Clínica**, nº 35, suplemento 1, 44-47, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Maio 2015.